

ÍNDICE

<i>Presentación</i>	21
<i>Prólogo</i>	23
Capítulo 1. LAS PSICOTERAPIAS EN LA HISTORIA, LA CULTURA Y LA SOCIEDAD.	
<i>Begoña Rojí Menchaca (UNED)</i>	25
Guion-Esquema.....	27
Objetivos didácticos.....	29
Contenidos teóricos.....	31
1. Introducción.....	31
2. Los tratamientos psicológicos como práctica sociocultural.....	33
3. Criterios de contextualización.....	34
4. La premodernidad.....	35
5. La modernidad.....	38
5.1. Primera Modernidad (1500-1850).....	39
5.2. Segunda Modernidad (1850-1975).....	43
5.3. Giro lingüístico y ruptura epistemológica posmoderna.....	46
5.4. Modernidad tardía (1975- actualidad).....	48
Resumen y conclusiones.....	55
Lecturas recomendadas.....	56
Actividades.....	57
Ejercicios de autoevaluación.....	57
Glosario.....	59
Referencias bibliográficas.....	61
Capítulo 2. EL MODELO PSICODINÁMICO Y LA EVOLUCIÓN DEL PSICOANÁLISIS.	
<i>Alejandro Ávila Espada (UCM y U. Salamanca)</i>	65
Guion-Esquema.....	67
Objetivos didácticos.....	68
Contenidos teóricos.....	69
1. Precisiones conceptuales sobre psicoanálisis.....	69
1.1. Más allá de lo inconsciente dinámico. Lo inconsciente prerreflexivo, implícito, procedimental y/o patrones de organización inconsciente.....	71

1.2. Metapsicología freudiana. La teoría pulsional	72
1.3. El Aparato Psíquico	73
1.4. Angustia, Conflicto y Defensas	74
1.5. Déficit / Defecto	75
2. Evolución de los modelos psicoanalíticos: orientaciones que desarrollan el modelo freudiano	76
2.1. La formalización del núcleo de la teoría psicoanalítica	77
2.2. La Psicología del Yo.	78
2.3. La Escuela Inglesa	80
2.4. Los Neofreudianos y la propuesta integradora de O. Kernberg.	81
3. Más allá de Freud. Una perspectiva de las aportaciones innovadoras en la teoría y la clínica psicoanalítica	83
3.1. Los «innovadores pioneros», aquellos que abrieron el camino del cambio en el psicoanálisis freudiano.	83
3.1.1. Sándor Ferenczi, la técnica que permite el trabajo con lo traumático	85
3.1.2. R. Fairbairn y la teoría de las relaciones de objeto	88
3.1.3. D. Winnicott y lo transicional	90
3.1.4. El Psicoanálisis Interpersonal, Cultural y Social: H. Sullivan, E. Fromm y E. Pichon Rivière	93
3.2. Los avances cualitativos del Psicoanálisis contemporáneo	97
3.2.1. La Psicología del Self de H. Kohut, su evolución contemporánea y otros autores relevantes.	97
3.2.2. La Teoría Intersubjetiva de R. Stolorow, D. Orange y G. Atwood.	101
3.2.3. El Psicoanálisis Relacional de S.A. Mitchell	103
Resumen y conclusiones	106
Lecturas recomendadas	106
Actividades	110
Ejercicios de autoevaluación	111
Glosario.	113
Referencias bibliográficas	122
<i>Capítulo 3. LAS PSICOTERAPIAS PSICODINÁMICAS. Alejandro Ávila Espada (UCM y U. Salamanca)</i>	131
Guion-Esquema	133
Objetivos didácticos	133
Contenidos teóricos	135
1. Las psicoterapias psicodinámicas y otras variantes del tratamiento psicoanalítico	135

2. La psicoterapia psicoanalítica o psicodinámica: método, técnicas y procesos implicados	139
2.1. La primera formulación de los tratamientos de base psicoanalítica	139
2.2. La demanda. Las situaciones y los encuadres analíticos	140
2.3. «Reglas» y condiciones que contiene el encuadre.	141
2.4. Acuerdo de tratamiento, alianza de trabajo o terapéutica. Motivación de tratamiento	142
2.5. El proceso de cambio psicodinámico: Diferentes Modelos	143
2.6. Los instrumentos específicos de la psicoterapia psicoanalítica/ psicodinámica	145
2.7. Fenómenos característicos de las fases inicial e intermedia del tratamiento. Transferencia, contratransferencia y resistencia.	148
2.8. Fenómenos característicos de las fases avanzada y final del tratamiento	151
3. Planteamientos innovadores en la técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Psicoterapias psicodinámicas con estrategias focales y de tiempo y objetivos limitados.	152
3.1. La psicoterapia «breve» y focal. Los planteamientos estratégicos	155
3.2. Los diferentes modelos de psicoterapia de tiempo y objetivos limitados	157
4. La psicoterapia psicodinámica, intervención clínica eficaz basada tanto en la evidencia científica como en la práctica clínica	159
Resumen y conclusiones	164
Lecturas recomendadas	164
Actividades	167
Ejercicios de autoevaluación.	168
Glosario.	171
Referencias bibliográficas	174
 <i>Capítulo 4. DEL MOVIMIENTO HUMANISTA A LAS TERAPIAS EXPERIENCIALES.</i> <i>Begoña Rojí Menchaca (UNED).</i>	183
Guion-Esquema	185
Objetivos didácticos	187
Contenidos teóricos	189
1. Introducción	189
2. Orígenes de las psicoterapias experienciales: El movimiento humanista	189
3. Declinar y resurgir de las terapias experienciales.	193
4. Dos ejemplos de psicoterapias humanistas en declive.	196

4.1. Psicodrama	196
4.2. Bioenergética	199
5. Los tratamientos experienciales en la actualidad	202
6. Principales aportaciones del movimiento humanista y las psicoterapias experienciales	205
Resumen y conclusiones	208
Lecturas recomendadas	209
Actividades	210
Ejercicios de autoevaluación	210
Glosario	212
Referencias bibliográficas	214
<i>Capítulo 5. TERAPIAS EXPERIENCIALES I: TERAPIAS EXISTENCIALES, CENTRADAS EN LA PERSONA Y ORIENTADAS AL FOCUSING. <i>Ciro Caro García (U. Comillas) y Rafael Jódar Anchía (U. Comillas)</i></i>	221
Guion-Esquema	223
Objetivos didácticos	224
Contenidos teóricos	225
1. Terapias existenciales	225
1.1. Elementos comunes de la teoría del funcionamiento sano	226
1.2. Síntesis de la teoría del enfermar en las terapias existenciales	228
1.3. Una visión integradora del cambio en las terapias existenciales	230
1.4. Actitudes y destrezas terapéuticas propuestas en el modelo humanista-existencial de Kurt Schneider	230
2. Terapia Centrada en la Persona y Terapia Orientada al Focusing	232
2.1. Teoría del funcionamiento sano en Rogers y Gendlin	234
2.2. Teoría del enfermar: del modelo estructural a la visión procesual	236
2.3. Teoría del cambio de la Terapia Centrada la Persona	238
2.4. Teoría del cambio en el modelo experiencial de Gendlin	239
2.5. Actitudes y destrezas terapéuticas de la Terapia Centrada en la Persona	240
2.6. Habilidades terapéuticas en la Terapia Orientada al Focusing de Gendlin	242
Resumen y conclusiones	245
Lecturas recomendadas	245
Actividades facilitadoras	246
Ejercicios de autoevaluación	250
Glosario	252
Referencias bibliográficas	254

<i>Capítulo 6. TERAPIAS EXPERIENCIALES II: TERAPIA GESTALT Y TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN. Rafael Jódar Anchía (U. Comillas) y Ciro Caro García (U. Comillas)</i>	257
Guion-Esquema	259
Objetivos didácticos	260
Contenidos teóricos	261
1. Terapia Gestalt.	261
1.1. Introducción	261
1.2. Teoría del funcionamiento sano	262
1.2.1. Organismo (autorregulación y homeostasis)	262
1.2.2. Consciencia: el proceso de darse cuenta	262
1.2.3. El <i>self</i>	263
1.2.4. Ciclo de formación y disolución de necesidades	263
1.3. Teoría del enfermar	264
1.3.1. La interrupción	264
1.3.2. Polaridades	265
1.3.3. La manipulación del ambiente y de uno mismo	265
1.4. Teoría del cambio	265
1.4.1. Aumento de la Consciencia	265
1.4.2. Integración de polaridades	266
1.4.3. Responsabilidad.	266
1.5. Actitudes y destrezas terapéuticas	267
2. Terapia focalizada en la Emoción	268
2.1. Teoría del funcionamiento sano	269
2.1.1. Funciones de las emociones	269
2.1.2. Esquema emocional.	270
2.1.3. Construcción dialógica del <i>self</i>	271
2.2. Teoría del enfermar	271
2.2.1. Falta de consciencia emocional	271
2.2.2. Problemas de regulación emocional.	272
2.2.3. Problemas en la comunicación interpersonal de la emoción	272
2.2.4. Dolor emocional crónico	273
2.3. Teoría del cambio	273
2.3.1. Principios de trabajo con las emociones	273
2.3.2. Proceso de cambio de una emoción con otra (la reconsolidación de la memoria).	274

2.4. Actitudes y destrezas terapéuticas	275
2.4.1. Actitudes relacionales y modos de estar con el/la paciente	275
2.4.2. Habilidades perceptivas.	276
2.4.3. Tareas terapéuticas	279
Resumen y conclusiones	281
Lecturas recomendadas	281
Actividades	282
Actividades resueltas	283
Ejercicios de autoevaluación.	285
Glosario.	287
Referencias bibliográficas	290
Capítulo 7. PSICOTERAPIAS NO CONVENCIONALES: DE BATESON Y EL GRUPO DE	
PALO ALTO A GIORGIO NARDONE. Raúl Cabestrero Alonso (UNED) . . .	293
Guion-Esquema	295
Objetivos didácticos	298
Contenidos teóricos	299
1. Introducción	299
2. ¿Qué es la Hipnosis?	300
2.1. Un poco de historia	302
2.2. Definición de la hipnosis.	307
2.3. Proceso hipnótico	310
3. Milton Erickson.	311
4. Hipnosis ericksoniana: el legado de su obra.	312
5. El lenguaje	316
6. Jay Haley	320
7. Paul Watzlawick y Gregory Bateson	322
8. Giorgio Nardone: modelo evolucionado de TBE	323
8.1. El diálogo estratégico	325
8.2. Elementos y organización del diálogo estratégico	328
8.2.1. Preguntas estratégicas	329
8.2.2. Paráfrasis reestructurantes	331
8.2.3. Figuras retóricas	333
8.2.4. Hiperparáfrasis	334
8.2.5. Prescripciones	334
8.3. Lógicas no ordinarias y las estratagemas	335
8.4. Aspectos paraverbales de la comunicación	342
Resumen y conclusiones	343
Lecturas recomendadas	344
Actividades	346

Ejercicios de autoevaluación	347
Glosario	349
Referencias bibliográficas	351
Capítulo 8. TRATAMIENTOS SISTÉMICOS I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS. <i>Luis Ángel Saúl Gutiérrez (UNED) y Guillem Feixas Viaplana (UB)</i>	355
Guion-Esquema	357
Objetivos didácticos	357
Contenidos teóricos	359
1. Introducción	359
2. Desarrollo histórico de la terapia familiar	360
2.1. Antecedentes.	360
2.2. Surgimiento de la terapia familiar	361
2.3. El equipo inicial de Palo Alto	362
3. Marcos teóricos influyentes en la aparición del modelo sistémico	363
4. Algunas nociones fundacionales: sistemas y causalidad circular	365
5. La teoría de la comunicación	367
6. Las escuelas pragmáticas de terapia familiar sistémica	369
6.1. La escuela interaccional del MRI de Palo Alto	370
6.1.1. «La solución es el problema»	371
6.2. La escuela estructural	372
6.3. La escuela estratégica	372
6.4. Terapia centrada en las soluciones.	373
Resumen y conclusiones	374
Lecturas recomendadas	374
Actividades	377
Ejercicios de autoevaluación.	378
Glosario.	380
Referencias bibliográficas	381
Capítulo 9. TRATAMIENTOS SISTÉMICOS II. INNOVACIONES EPISTEMOLÓGICAS Y CONCEPTUALES. <i>Guillem Feixas Viaplana (UB) y Luis Ángel Saúl Gutiérrez (UNED)</i>	383
Guion-Esquema	385
Objetivos didácticos	385
Contenidos teóricos	387
1. Introducción	387
2. El giro constructivista.	388
2.1. La vuelta de Bateson	388
2.2. La cibernética de segundo orden	389
2.3. El énfasis en los significados	391

3. El construccionismo social y su influencia en los terapeutas sistémicos	393
4. La orientación narrativa de White y Epston	394
5. Los juegos familiares de Selvini-Palazzoli y su (segundo) equipo	395
6. El modelo de la depresión de Linares y Campo	399
7. Las polaridades semánticas de Valeria Ugazio	400
8. Las terapias sistémicas fuera del ámbito familiar	402
8.1. Psicoterapia individual	402
8.2. Organizaciones	403
8.3. Redes sociales	403
8.4. Institución escolar	403
9. La investigación en el modelo sistémico	404
9.1. El desarrollo de la investigación interaccional	404
9.2. Principales problemas en la investigación en terapia familiar sistémica	404
9.3. Los estudios de eficacia	405
9.4. Estudios metaanalíticos	407
9.5. ¿Qué escuelas son más eficaces en determinados problemas clínicos?	409
9.6. El estado actual en la investigación en terapia de pareja y terapia familiar	410
Resumen y conclusiones	412
Lecturas recomendadas	412
Actividades	414
Ejercicios de autoevaluación	415
Glosario	416
Referencias bibliográficas	418

Capítulo 10. TRATAMIENTOS CONSTRUCTIVISTAS I: CONSTRUCTIVISMO COGNITIVO.

Guillem Feixas Viaplana, (UB) Luis Ángel Saúl Gutiérrez (UNED) y Sergi Corbella Santoma (U. Ramón LLul).

Guion-Esquema	427
Objetivos didácticos	428
Contenidos teóricos	429
1. Introducción	429
1.1. Encuadre histórico y epistemológico	429
2. Las terapias constructivistas en el contexto de las terapias cognitivas	432
2.1. Una perspectiva constructivista de la cognición	432
2.2. Rasgos característicos de las terapias cognitivas de inspiración constructivista	433

3. La terapia de constructos personales	435
3.1. Encuadre histórico.....	435
3.2. Conceptos básico	437
3.3. Proceso terapéutico, estrategias y técnicas	440
4. Las terapias constructivistas evolutivas.....	441
4.1. El enfoque evolutivo estructural.....	441
4.2. La terapia cognitiva posracionalista.....	443
5. La psicoterapia constructiva	445
6. Investigación	447
7. Innovaciones tecnológicas	448
Resumen y conclusiones	450
Lecturas recomendadas	450
Actividades	451
Ejercicios de autoevaluación.....	455
Glosario.....	457
Referencias bibliográficas	459
 Capítulo 11. APROXIMACIONES NARRATIVAS EN PSICOTERAPIA.	
<i>Jesús García-Martínez (US)</i>	463
Guion-Esquema	465
Objetivos didácticos	467
Contenidos teóricos	469
1. Concepto de narrativa.....	469
2. Narrativas, sociedad y epistemología	474
3. Modelos de terapia narrativa	475
4. Narrativas y psicopatología	477
5. Estrategias terapéuticas narrativas	479
6. El enfoque dialógico	486
Resumen y conclusiones	488
Lecturas recomendadas	488
Actividades	489
Ejercicios de autoevaluación.....	490
Glosario.....	492
Referencias bibliográficas	493
 Capítulo 12. FACTORES COMUNES: EVIDENCIA EMPÍRICA Y ARTICULACIÓN DEL CAMBIO.	
<i>Begoña Rojí Menchaca (UNED)</i>	499
Guion-Esquema	501
Objetivos didácticos	502
Contenidos teóricos	503

1. Introducción	503
2. La aportación antropológico-cultural de Jerome Frank	503
3. La investigación sobre los factores de cambio	508
4. El metamodelo contextual	512
5. El modelo transteórico de Proschaska y colaboradores.	516
Resumen y conclusiones	523
Lecturas recomendadas	523
Actividades	524
Ejercicios de autoevaluación	524
Glosario.	527
Referencias bibliográficas	528
Capítulo 13. PSICOTERAPIAS INTEGRADORAS. Begoña Rojí Menchaca (UNED)	537
Guion-Esquema	539
Objetivos didácticos	540
Contenidos teóricos	541
1. Introducción	541
2. Contextualización histórico-cultural de las psicoterapias integradoras	542
3. Integración y psicoterapia: tres conceptos básicos.	545
4. Modalidades de Integración Psicoterapéutica	546
5. La propuesta de Beitman y colaboradores	549
Resumen y conclusiones	561
Lecturas recomendadas	561
Actividades	562
Ejercicios de autoevaluación	562
Glosario.	564
Referencias bibliográficas	565
Capítulo 14. LA INVESTIGACIÓN DE PROCESO Y RESULTADOS EN PSICOTERAPIA.	
<i>Virginia Fernández-Fernández (UNED), Teresa Paniagua-Granados (UEM)</i>	
<i>y M.^a Ángeles Molina Martínez (UNED).</i>	573
Guion-Esquema	575
Objetivos didácticos	576
Contenidos teóricos	577
1. Introducción	577
2. La importancia y necesidad de conocer la metodología	578
3. La investigación de <i>resultados</i>	578
3.1. Metodología en la investigación de resultados: La investigación	
cuantitativa.	580
3.2. Los indicadores de calidad científica.	582
3.3. Críticas a los estudios de resultados.	582

4. La investigación de <i>procesos</i>	583
4.1. Metodología en la investigación de procesos: La investigación cualitativa	584
4.2. Metodología en la investigación de procesos: La investigación cuantitativa	585
5. La investigación en factores comunes	586
6. La revisión de la literatura	588
a) Revisión de las <i>psicoterapias</i> en términos de <i>eficacia y efectividad</i> ..	588
b) Resultados de investigación por psicoterapias	590
Resumen y conclusiones	606
Lecturas recomendadas	607
Actividades	608
Ejercicios de autoevaluación	609
Glosario	610
Referencias bibliográficas	611

CONTENIDOS TEÓRICOS

1. Introducción

La práctica de la psicoterapia constituye un dispositivo cultural cuya función consiste en equilibrar las relaciones entre el individuo y el grupo. Por ello, la forma específica en que tal función se lleva a cabo en una sociedad concreta depende de las peculiaridades de dicha cultura. En la cultura occidental de principios del siglo XXI los tratamientos psicológicos se conciben como un tipo de práctica sociocultural orientada a mejorar lo que hoy consideramos salud mental y calidad de vida.

Aunque incluso las sociedades prehistóricas cuentan con recursos que funcionan como tratamientos psicológicos, nuestras actuales modalidades de intervención psicoterapéutica son el resultado de un proceso de decantación de las nociones de salud mental y calidad de vida tan largo como la propia trayectoria de la cultura occidental. Porque si durante la antigüedad y el medioevo los tratamientos psicológicos estuvieron relacionados mayoritariamente con las concepciones religiosas, las actuales psicoterapias se forjaron a partir de ese punto de inflexión histórica conocido como Modernidad.

En lo referente a los tratamientos psicológicos, esta etapa cultural fue implicando de manera progresiva:

- La decadencia de las prácticas religiosas como dispositivos de equilibración de las relaciones individuo grupo.
- El desplazamiento de las expectativas de equilibración, que la religión ya no satisfacía, hacia la filosofía, por un lado y hacia el arte, por otro.
- El fracaso, tanto del arte como de la filosofía, para erigirse en dispositivos dominantes de equilibración.
- El surgimiento de los actuales tratamientos psicológicos como prácticas culturales vinculadas simultáneamente a la pluralidad ideológica, al conocimiento positivo y al control empírico de su eficacia y, finalmente, por todo ello, a la democratización del conocimiento.

Así, durante el siglo xx, los psicoterapeutas fueron ocupando buena parte del espacio cultural y de las funciones que en otras épocas correspondieron a sacerdotes, filósofos y artistas, al tiempo que muchos profesionales de los tratamientos psicológicos lucharon abiertamente por ser reconocidos como científicos. Igualmente, a lo largo de ese siglo, y de manera especial a lo largo de su segunda mitad, la profesión de psicoterapeuta fue recibiendo un reconocimiento social creciente. Y ello, porque durante esos años, la sociedad occidental fue depositando en sus psicoterapeutas un conjunto creciente de demandas; demandas que, a su vez, fueron asumidas por estos como retos a afrontar (Cullari, 2001).

Como consecuencia del mutuo ajuste entre demandas sociales y actividad terapéutica, el poder social de quienes ejercen la psicoterapia se ha incrementado durante el último siglo en la misma medida en que su actividad profesional se ha ido haciendo indispensable para la sociedad en la que viven. Pero si, por una parte, el poder del psicoterapeuta se manifiesta en la influencia interpersonal que su actividad genera y en su capacidad para pronunciarse como colectivo profesional, por otra, dicho poder está siempre ligado al —y en ese sentido limitado por— el conjunto de presuposiciones que hacen posibles, tanto las actividades clínicas, como las declaraciones colegiales.

El conjunto de presuposiciones que sostienen la actividad psicoterapéutica constituye la vía de entronque de los tratamientos psicológicos con las demandas sociales. Y, no por casualidad, las presuposiciones concretas que asumen los terapeutas varían significativamente en función del modelo de intervención que les sirve de guía. En otras palabras, nuestra cultura admite hoy diversas definiciones del papel del individuo en el grupo, de la salud y la higiene mental, la calidad de vida, etc., y esta diversidad en los valores culturales tienen su correspondencia en las configuraciones concretas que adoptan hoy los tratamientos psicológicos en cuanto dispositivos de equilibración cultural.

Concretamente, considerando la actividad clínica de los psicoterapeutas como un todo, el momento actual se caracteriza por:

- a) La existencia de varias concepciones de la intervención terapéutica, que mantienen entre sí diferencias notables en tres niveles de análisis distintos: el epistemológico, el teórico y el técnico.
- b) Una cierta tendencia a la integración de algunos de estos presupuestos (*véase capítulo 12*). Dicha tendencia puede observarse de manera diferencial en todos los niveles de análisis arriba mencionados, pero a nuestro entender, más que una voluntad de síntesis refleja, sobre todo, esa corriente cultural propia de nuestra época, que suele recibir el nombre de mestizaje.
- c) La existencia de un acuerdo creciente entre los profesionales respecto a la relevancia de ciertos aspectos del proceso de cambio terapéutico, sobre todo en lo relativo a las condiciones de la alianza y la relación terapéuticas (*véase capítulo 12*).

En definitiva, mediante su ejercicio profesional todo psicoterapeuta está reforzando la vigencia en su entorno social de su personal visión del mundo, pues su abordaje de las problemáticas de los pacientes y sus propuestas de cambio están filtradas o inspiradas por el modelo de intervención que le sirve de guía. Es decir, la psicoterapia consiste siempre en un proceso de influencia interpersonal. Sin embargo, esta condición inevitable de la psicoterapia ni está reñida —ni tiene por qué estarlo—, con el respeto del/la terapeuta hacia el/la paciente y/o hacia las concepciones de este último sobre sí mismo, los demás y el mundo.

Junto con el desarrollo de la competencia profesional en el sentido más técnico de la expresión, una manera de fomentar que lo que la psicoterapia tiene de influencia interpersonal no se convierta en ejercicio arbitrario del poder pasa por el conocimiento y el reconocimiento, por parte de los terapeutas, del conjunto de presuposiciones que subyacen a los distintos tipos de tratamientos psicológicos.

Con objeto de propiciar la aproximación a este conocimiento, dedicaremos el presente capítulo a una somera contextualización histórico-cultural de los tratamientos psicológicos; esto es, a la identificación de los rasgos más sobresalientes de las presuposiciones de que parten. Pero, además, la información recogida en el presente capítulo pretende asimismo facilitar la comprensión de los desarrollos más actuales en el campo de la intervención psicoterapéutica. Tales desarrollos llevan la marca de la posmodernidad tardía, ya que, desde el último tercio de la pasada centuria y desde distintos ámbitos de las Ciencias Humanas, autores de procedencia muy diversa vienen cuestionando la validez de las premisas introducidas por la inicial visión moderna del mundo y cuestionando los propios cimientos de la cultura occidental, poniendo en tela de juicio ciertas presuposiciones culturales introducidas por Platón y reafirmadas por Aristóteles. Y si en el ámbito epistemológico semejante cuestionamiento ha dado lugar a la corriente llamada constructivismo social, en el campo de la psicoterapia ha propiciado la emergencia de una nueva línea de intervención terapéutica, la narrativa (*véase capítulo 11*), así como al afianzamiento de cierta modalidad de tratamientos cognitivos (*véase capítulo 10*).

2. Los tratamientos psicológicos como práctica sociocultural

Analizada con criterios antropológicos toda práctica sociocultural consiste en un tipo de actividad social a menudo compleja y, por tanto, compuesta a su vez por un conjunto de procedimientos que, por el mero hecho de ser ejecutados, refuerzan, tanto la vinculación del individuo con el grupo, como la adhesión de ambos a la visión del mundo propia de esa cultura. Junto con los tratamientos psicológicos constituyen asimismo ejemplos de prácticas socioculturales la educación, la organización de la vida política y la articulación de los diferentes rituales de paso (nacimiento, matrimonio, muerte...).

Las culturas surgen, están vigentes y se extinguen en períodos temporales concretos, durante los cuales cualquier práctica desarrollada en su seno responde a una de-

terminada visión del mundo. A su vez, la visión del mundo de cada cultura se genera en un entramado de tradiciones surgidas a lo largo del tiempo, bien desde las propias prácticas culturales, bien desde las prácticas de otras culturas que actúan como precursoras o como puntos de referencia. Cada visión del mundo constituye una configuración simbólica compleja que, dependiendo parcialmente del desarrollo tecnológico alcanzado por una cultura concreta en un momento histórico dado, organiza de forma coherente aquellas actitudes, valores, creencias y prácticas que posibilitan a los miembros de esa cultura a) la supervivencia en un entorno físico y b) el establecimiento de vínculos sociales.

Generalmente, cuando hablamos de desarrollo tecnológico pensamos en un tipo de conocimiento práctico capaz de generar utensilios y modificar la relación con el ambiente (el cuchillo de sílex, el arado romano, la máquina de vapor, las naves espaciales...); sin embargo, también conviene tener en cuenta las llamadas **tecnologías de la inteligencia** (Levy, 1990). Se entiende por tales aquellas tecnologías que, inscritas en el proceso mismo del pensamiento, tienen por función y efecto posibilitar ciertas operaciones de la inteligencia imposibles de realizar de otra manera. Son ejemplo de tecnologías de la inteligencia la representación gráfica, la escritura, la imprenta y el ordenador. Y cuando en una cultura surge una gran innovación en las tecnologías de la inteligencia, su impacto se traduce de manera inevitable en importantes modificaciones sociales.

Así, mientras que la aparición de la imprenta introdujo en la cultura occidental modificaciones que afectaron profundamente al estatus de los enfermos mentales, actualmente, coincidiendo con el desarrollo de dispositivos informáticos, se están perfilando profundos cambios culturales cuya incidencia sobre el desarrollo de la psicoterapia ya ha comenzado a notarse al independizar, gracias a internet, la atención psicológica de la relación presencial paciente-terapeuta. Porque la experiencia del trastorno psicológico y la curación no remiten solo a la noción de enfermedad y tratamiento, sino también a la noción de conducta social en general y, más concretamente, a la noción de persona desarrollada por una cultura dada. En este sentido, los tratamientos psicológicos constituyen tanto productos como procesos culturales que tienen entre sus funciones reforzar dogmas culturales particulares, constituyéndose en agentes de socialización.

3. Criterios de contextualización

Hoy por hoy en nuestra cultura, los tratamientos psicológicos constituyen un tipo de actividad profesional que, inserta en el ámbito de la salud, es retribuida por la inversión privada o, cada vez con mayor frecuencia, por fondos pertenecientes al erario público o a las compañías aseguradoras (Knapp y McDaid, 2012). Es por eso que el control de la eficacia de los tratamientos psicológicos (*orientación empírica*), incluso pese a verse afectado por ciertas limitaciones metodológicas o políticas institucionales

(Maier, 2012; Goldfried, 2015) (*véase capítulo 14*), se ha convertido en el criterio prioritario para su evaluación (Lovelock y col., 2018). Sin embargo, junto con la eficacia, resulta asimismo indispensable establecer otro tipo de criterios que nos permitan conocer y mejorar aquellos recursos mediante los que los tratamientos psicológicos cumplen la función social que les hemos asignado, y su relación con las vías por las que los pacientes ven satisfechas sus demandas. Por eso, el otro gran criterio de objetivación y evaluación crítica de las psicoterapias consiste en analizar el conjunto de presuposiciones culturales que mantienen vigentes sus teorías y procedimientos.

Dos son los tipos de presuposiciones culturales relevantes a este respecto:

- a) Las presuposiciones de carácter axiológico —relacionadas con los valores— y doxástico, —relacionadas con las opiniones—. Este tipo de presuposiciones tienen como núcleo el estatus individual que la cultura reconoce al paciente y la responsabilidad que aquella atribuye a este respecto al trastorno y la curación.
- b) Las presuposiciones de carácter epistemológico, relacionadas con las concepciones de la naturaleza del conocimiento humano. Estas presuposiciones, en tanto en cuanto son de naturaleza filosófica, constituyen en última instancia una clase particular de presuposiciones doxásticas.

Ambas clases de presuposiciones se han cruzado de maneras específicas en cada período histórico concreto y, si bien es cierto que han sufrido una clara evolución, también lo es que han tendido a preservar el núcleo fundamental de creencias, actitudes y valores que las caracteriza. Porque, *en occidente, las diversas visiones del mundo se han ido sucediendo mediante lentos procesos de evolución, de forma que la consolidación de una cierta orientación ideológica casi siempre ha implicado, más la hegemonía de esta, que la desaparición de las orientaciones alternativas.*

En consecuencia, vamos a revisar la evolución histórica de las presuposiciones culturales que sustentan los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores categorizando dicha evolución en cuatro etapas: premodernidad, primera modernidad, segunda modernidad y modernidad tardía, incluyendo los albores de esta: Giro Lingüístico.

4. La premodernidad

Entendemos por etapa premoderna la que se extiende desde la prehistoria hasta 1500 d. C. Con carácter general, de entre las presuposiciones culturales que articularon la visión del mundo premoderna cabe destacar los siguientes aspectos:

- a) El hombre es un elemento más de la naturaleza.
- b) El control de la conducta humana está en gran medida fuera del alcance del hombre; esto es, en manos de la voluntad de los dioses —el destino— o de Dios —la gracia—.

- c) La enfermedad mental constituye un ejemplo paradigmático de comportamiento sujeto a un control externo. Dicho control es de naturaleza transcendente.
- d) El hombre y la naturaleza, así como los dioses y Dios, forman parte de la realidad, la cual existe objetivamente; esto es, existe con independencia del conocimiento humano.
- e) La realidad solo es parcialmente cognoscible por la inteligencia humana.

En cambio, en lo que respecta a la evolución de los tratamientos psicológicos, los aspectos significativos son:

- 1) Cuando una cultura carece de escritura, su visión del mundo suele articularse en torno a creencias mágicas, con lo que sus prácticas médicas, psicoterapéuticas y religiosas suelen constituir prácticas indiferenciadas. Se desconoce la datación y la vía por la que el tratamiento de las perturbaciones psicológicas fue diferenciándose en occidente del tratamiento de las enfermedades físicas. Sabemos, en cambio, que en nuestra Edad de Bronce los chamanes (Poveda, 1997), junto con la prescripción de amuletos, empleaban técnicas como el control respiratorio o la repetición para liberar a los enfermos psíquicos de sus dolencias. Sabemos también que, en esa época, tanto las dolencias físicas como las mentales, se atribuían a la influencia de fuerzas no observables cuyo poder sobrenatural era invocado con objeto de obtener la curación (*orientación irracionalista*).
- 2) Posteriormente, entre las culturas antiguas que ya conocían la escritura, como la persa, la griega y la romana, comenzaron a establecerse formas de intervención psicoterapéutica que respondían a criterios netamente racionales. Con todo, la ausencia de diferenciación entre prácticas mágico-religiosas y prácticas médicas se extenderá por toda la antigüedad como una combinación de prescripciones rituales, con normas higiénicas y recomendaciones naturalistas (*orientación empírica*).
- 3) Aunque nacida en la sociedad etrusca y próxima a las connotaciones del concepto de rol popularizadas por el teatro griego, es en el derecho romano donde se acuña el concepto de persona legal o ciudadano del Estado como lugar de derechos y deberes (*orientación individualista*). Dentro del propio imperio romano el concepto de persona jurídica servirá como punto de partida para la elaboración de los conceptos morales de persona propuestos por la filosofía estoica y el cristianismo (*orientación ética*).
- 4) Tras el desmoronamiento del Imperio Romano, el endurecimiento de las condiciones de vida y la inseguridad propiciadas por las continuas guerras tuvieron un efecto involutivo sobre la cultura, que pasó a estar controlada en todas sus manifestaciones por la Iglesia. El poder cultural alcanzado por la Iglesia durante la Edad Media posibilitó que la concepción mágica del mundo —que en la

cultura griega y romana convivía con concepciones más racionalistas— cediera su primacía a una concepción teocéntrica. Y así, la Iglesia, al tomar como referente absoluto la religión cristiana y los valores defendidos por ella —fe, obediencia, caridad, resignación y pobreza—, desarrolló una gran actividad ideológica contraria al conocimiento empírico. Este fue considerado enemigo de la fe y la obediencia a la doctrina de Cristo.

- 5) La hostilidad eclesiástica hacia conocimientos que no procedieran de la revelación afectó directamente a las prácticas médicas, pues la Iglesia, que ejercía su control sobre los fieles invocando el principio de obediencia, antepuso la fe a cualquier otro remedio curativo. Sin embargo, esta misma hostilidad de la Iglesia hacia el conocimiento empírico tuvo como consecuencia el desarrollo de amplios debates sobre la naturaleza del alma y la vinculación de esta con las funciones psicológicas (*orientación epistémica*) y la vida del espíritu (*orientación introspectiva*). Y a su vez, directamente vinculada con tales controversias filosóficas, tendrá lugar la salvaguarda de la noción de persona como valor cultural.
- 6) Durante el medioevo, la pobreza, consecuencia de sequías y de guerras, fue dando lugar a la aparición de bolsas de marginación social en torno a los burgos. Al tiempo, el desarrollo y creciente pujanza de estos desencadenaron una situación de conflicto social casi continuo frente a las restricciones que trataban de imponer sobre su actividad los grandes señores. En este contexto, la Iglesia se ocupó con frecuencia de restablecer el precario orden social, mediante el reforzamiento del tradicional orden moral y comportamental que venía rigiendo la vida de los individuos, tarea de la que se ocuparon ampliamente los inquisidores. De esta forma, surgió una *orientación represora* caracterizada por el hecho de que, junto a ciertos enfermos mentales, se consideraba poseídos por el diablo y propagadores de sus males a todos aquellos que, de una u otra forma, alimentaban ideas subversivas contra el estado o contra los valores morales consagrados como verdades inamovibles. Así, fueron primero perseguidos y luego, además, considerados enfermos, todos aquellos individuos cuyas conductas caían fuera de las normas y pautas seguidas por el grueso de los miembros de su comunidad.
- 7) Este estado de cosas se mantendrá básicamente inalterable hasta el siglo XVIII, cuando el desarrollo científico, propiciado en buena medida por dos siglos de rápida difusión del conocimiento gracias a la imprenta, convierta la razón en uno de los valores dominantes de la cultura occidental. Con todo, de la Iglesia medieval, la Ilustración heredará:
 - a. Una actitud hacia la enfermedad mental de carácter represor y poco diferenciada del control de la conducta social.
 - b. Una cierta tradición en la creencia de la curabilidad de los trastornos psicológicos dependiente de los atributos del alma, esto es, de ciertas funciones psicológicas como, por ejemplo, la voluntad.

5. La modernidad

Entre finales del siglo xv y principios del siglo xvi se produjeron en Europa una serie de transformaciones económicas, culturales y políticas que, con la perspectiva que da el paso del tiempo, han convertido ese período en un punto de corte entre dos épocas. Sin embargo, en este contexto la expresión punto de corte debe entenderse más como una lenta evolución que como un acontecimiento abrupto. Además, como señala Ibáñez (2001) la evolución y los cambios que implicó tampoco deben entenderse en términos de progreso. Con todo, factores como la apertura de nuevas rutas comerciales —con oriente y con el continente americano—, la aparición de la imprenta o ciertas innovaciones tecnológicas que afectaban a la producción de bienes dieron lugar a la emergencia de un pensamiento filosófico de carácter antropocéntrico —en oposición al teocentrismo medieval—, impulsaron el poder de la burguesía y facilitaron la aparición de los estados modernos. Y, a su vez, todo ello, acabó determinando cuestiones tales como la constitución de la ciencia en empresa cultural o la diferenciación creciente de la noción de individuo.

En cuanto período cultural, la Modernidad fue introducida por el Renacimiento, la Reforma y la Contrarreforma, consolidada por la Ilustración y llevada a su apogeo por las sucesivas etapas de la Revolución Industrial. Como apuntábamos en la introducción, los tratamientos psicológicos, tal como hoy los conocemos, son fruto de la Modernidad. Concretamente, los rasgos de esta directamente relacionadas con ellos son:

1. Secularización de la visión del mundo.
2. Transformación de las sociedades agrícolas en sociedades industrializadas con la consiguiente transformación de las estructuras sociales.
3. Debilitación de los vínculos entre el individuo y el grupo, como consecuencia de las transformaciones estructurales mencionadas —en particular la de la familia—.
4. Modificación del estatus del individuo en relación con el grupo, consecuencia de los tipos de cambio ya mencionados.
5. Acumulación de información sancionada socialmente como conocimiento fiable. Dicha información podrá estar referida a cualquier aspecto concreto de la realidad, y solo será considerada digna de crédito cuando provenga de la observación o la experimentación. Además, los datos obtenidos mediante estos procedimientos serán interpretados como claves o indicios de algo mayor (Burke, 2002).

Con todo, dentro de la Modernidad cabe diferenciar tres fases: a) La Primera Modernidad (1500 a 1850), b) La Segunda Modernidad (1850-1975) y c) la Modernidad Tardía (desde 1975 hasta el momento actual).

5.1. *Primera Modernidad (1500-1850)*

Durante el Renacimiento, la Reforma y la Contrarreforma se produjo una recuperación progresiva de las antiguas tradiciones médico-racionalistas y, con ello, una recuperación de la *orientación empírica*. En gran medida estas prácticas habían sido preservadas y enriquecidas por la medicina árabe, puesto que en la cultura islámica los enfermos mentales eran considerados como inspirados por Dios y, por tanto, mucho más respetados que en occidente.

Retornó, por tanto, el tratamiento de ciertos trastornos psicológicos a base de dietas, eméticos y sangrías; sin embargo, como al mismo tiempo las creencias en la brujería seguían aun fuertemente arraigadas en la cultura popular, la Inquisición continuó asimilando algunas enfermedades mentales con posesiones demoníacas y dando tratamiento de herejes a ciertos enfermos. En este sentido, también podemos hablar de una *consolidación de la actitud represora*.

Además, existió una tercera vía de intervención psicoterapéutica cuyos antecedentes procedían del medioevo. Se trata de la creación de los primeros hospitales destinados específicamente a acoger enfermos mentales, centros en los que estos recibían un trato humanitario justificado por la caridad y por una moral religiosa, cada vez más predispuesta a respetar cualquier manifestación de lo humano. Es el caso del Hospital Mental de Valencia, cuya creación en 1409 por el padre Jofré dará lugar al mito fundacional de la psiquiatría, o del abierto en 1566 en Ciudad de Méjico por Bernardino Álvarez.

La aparición de los primeros psiquiátricos puede considerarse un indicio del *afianzamiento de la orientación moral*. Porque, si como ya hemos dicho, a lo largo de unos doscientos años las prácticas psicoterapéuticas continuaron dependiendo de las ideologías del pasado, las consideraciones morales innovadoras y los nuevos posicionamientos religiosos estuvieron en ebullición. Erasmo, por ejemplo, no solo valoró la locura como un noble motivo de reflexión, sino que afirmó que esta constituye el núcleo mismo de la cordura. Paralelamente, una nueva ordenación social fue propugnada por Luis Vives y Cervantes Salazar. Sin las aportaciones de ambos al entonces naciente derecho natural, hoy resultaría imposible comprender las orientaciones axiológico-doxásticas más actuales relativas al respeto por las minorías.

Además, el afianzamiento de la orientación moralizante se fue abriendo camino en la vida secular gracias a tres contribuciones que, a su vez, resultaron decisivas en la *reactivación simultánea de las orientaciones ética, individualista e introspectiva*: «El Príncipe» de Nicolás Maquiavelo, los «Ensayos» de Michel de Montaigne, y la ética cartesiana. Sin embargo, las contribuciones decisivas en este aspecto vendrán dadas por la Reforma y la Contrarreforma.

La Reforma protestante constituye la contribución axiológica de este período que tendrá un mayor peso en el posterior desarrollo de los tratamientos psicológicos. Hasta

la protesta luterana la Iglesia había luchado, por una parte, contra las instituciones políticas que pretendían reducir su poder y, por otra, contra el individuo, cuya conducta necesitaba someter para afianzarse. Sin embargo, a partir de la Reforma, en los países en los que esta triunfó, la religión solo tendrá que autoafirmarse frente al poder político. Este hecho vendrá determinado por la *enérgica defensa de las orientaciones individualista y ética propugnada por el protestantismo*, ya que Lutero estableció como dogma que al hombre le basta su fe para salvarse, mientras que Juan Calvino dotó a la simplicidad de esta creencia de una profunda dimensión moral. Ahora bien, de entre las diversas implicaciones socioculturales de la Reforma protestante tres son los aspectos que destacan por su influencia a largo plazo sobre lo que la actual cultura occidental entiende por tratamientos psicológicos:

- a) La doctrina de la doble predestinación. Dios elige a quienes han de salvarse y a quienes se condenarán con independencia de su fe, su amor, sus méritos o falta de ellos. Al asumir este dogma, Calvino defendió que los elegidos para salvarse quedaban obligados a comportarse como dignos instrumentos del poder divino mediante la observancia de una ética rigorista. Además, consideraba frecuente que los elegidos recibieran señales de su condición. Sin embargo, estas señales, que solían coincidir con signos externos de bienestar y riqueza, no siempre estaban claras, por lo que no todos los elegidos tenían desde sus primeros años conciencia de serlo. En estos casos correspondía al Espíritu Santo propiciar en ellos la palingenesia; esto es, la regeneración moral que, una vez acontecida, convertía la vida de los regenerados en ejemplo de obediencia a la ley divina, es decir, al Decálogo interpretado según el Evangelio. Por otra parte, en el pensamiento calvinista las normas evangélicas constituyen la expresión más adecuada del derecho natural, por lo que la existencia regenerada pasa a ser también regla de la vida civil y política. Cabe señalar que la relación establecida por la reforma calvinista entre identificación de los elegidos por Dios para salvarse y los indicios externos de bienestar social y riqueza convirtieron esta creencia en *fundamento ideológico de la ética del trabajo y del ahorro* propia de los inicios del capitalismo, así como de la *orientación hacia el éxito y la riqueza* de nuestra sociedad actual.
- b) Desacralización de la confesión. La confesión, aunque entre los protestantes, incluidos los calvinistas, continuó siendo un valor reconocido para los fieles con remordimientos de conciencia en cuanto *práctica introspectiva* dirigida a la identificación de las propias faltas, dejó de ser considerada un sacramento. Esta desacralización resultó muy facilitadora del proceso de transformación de las relaciones de guía espiritual en relaciones de consejo psicológico.
- c) Independencia hermenéutica. La reforma protestante reconoció al individuo la capacidad de leer e interpretar adecuadamente la palabra de Dios. Con ello, promovió la *consolidación del modelo atributivo interno del cambio psicológico*, pues con la única condición de que su conducta se atenga a la ley divina, afirma a cada ser humano como responsable último de su vida y, por tanto, de su destino.